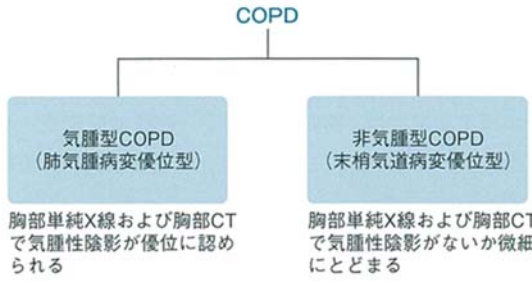



## ■初版第3刷をお持ちの方

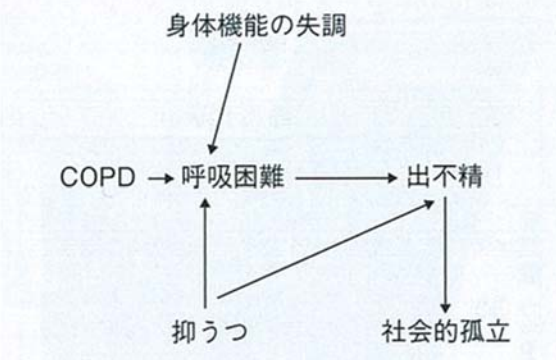
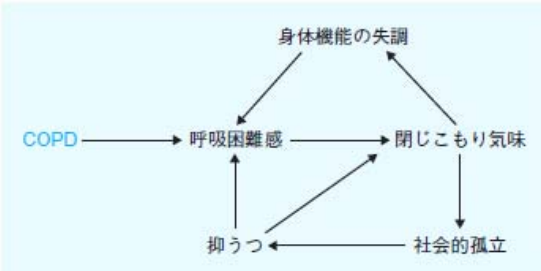
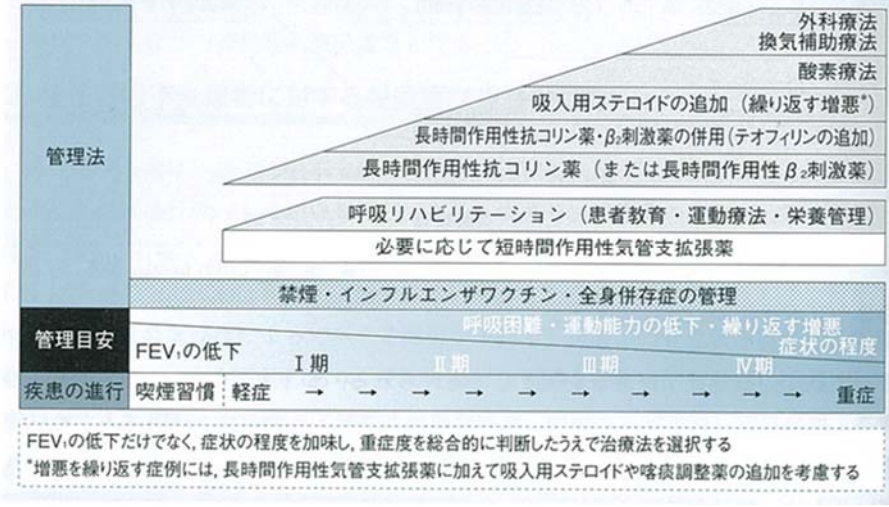
頁・箇所	誤	正
P7 表2	<b>表2 呼吸器リハビリテーションの対象疾患 (<u>2008</u> &lt;平成20&gt; 年診療報酬改定)</b>	<b>表2 呼吸器リハビリテーションの対象疾患 (<u>2012</u> &lt;平成24&gt; 年診療報酬改定)</b>
P26 サイドノート MEMO	急性肺傷害 (acute lung injury : ALI) の定義では <u>P/F 比 &lt; 300</u> , <u>ARDS (acute respiratory distress syndrome ; 急性呼吸促迫症候群) では P/F 比 &lt; 200 である.</u>	ARDS ( acute respiratory distress syndrome ; 急性呼吸促迫症候群) のベルリン定義 (軽症) によると, <u>200mmHg &lt; P/F 比 &lt; 300mmHg (PEEP/CPAP ≥ 5cmH<sub>2</sub>O)</u> である <sup>6)</sup> .
P26 最終行 文献番号	<u>6, 7)</u>	7, 8)
P27 17行目, 図6 文献番号	<u>8)</u>	9)
P28 下から13行目 文献番号	<u>9)</u>	10)
P28 下から7行目, P29 2行目 文献番号	<u>10)</u>	11)
P29 5行目 文献番号	<u>11-13)</u>	12-14)
P29 9行目, 図9 文献番号	<u>13)</u>	14)
P30 下から2行目 文献番号	<u>14)</u>	15)
P31 9行目 文献番号	<u>11)</u>	12)
P31 下から9行目 文献番号	<u>15)</u>	16)
P31 下から4行目 文献番号	<u>10)</u>	11)
P31 下から2行目 文献番号	<u>9)</u>	10)
P31 最終行, 図12 文献番号	<u>13)</u>	14)
P32 10行目 文献番号	<u>16)</u>	17)
P32 引用文献	(挿入)	6) ARDS Definition Task Force, et al. Acute Respiratory Distress Syndrome: the Berlin Definition. <i>JAMA</i> 2012 ;

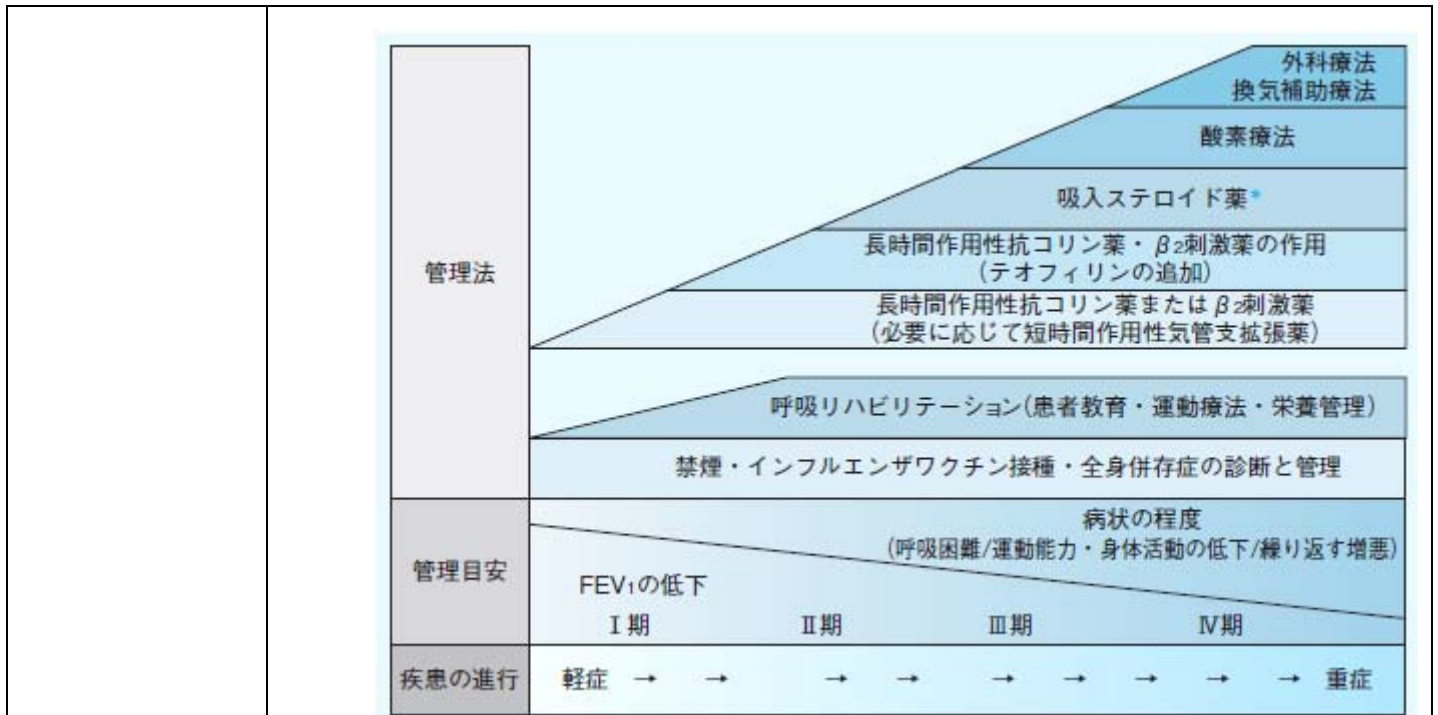
	<p>以下, <u>6)</u> ~16)</p>	<p>307 (23) : 2526-2533. 以下 7), ~17)</p>
<p>P36 下から4行目 ~P37 2行目</p>	<p>『COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン (第3版)』による定義では「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である. 呼吸機能検査で正常に<u>復す</u>ことのない気流閉塞を示す. 気流閉塞は末梢起動病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり, <u>進行性である</u>. 臨床的には徐々に生じる<u>体動時の呼吸困難</u>や慢性の咳, 痰を特徴とする」とされている<sup>1)</sup>.</p>	<p>『COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン (第4版)』による定義では「タバコ煙を主とする有害物質を長期に吸入曝露することで生じた肺の炎症性疾患である. 呼吸機能検査で正常に<u>復す</u>ことのない気流閉塞を示す. 気流閉塞は末梢起動病変と気腫性病変がさまざまな割合で複合的に作用することにより起こり, <u>通常は進行性である</u>. 臨床的には徐々に生じる<u>労作時の呼吸困難</u>や慢性の咳, 痰を特徴とするが, <u>これらの症状に乏しいこともある</u>」とされている<sup>1)</sup>.</p>
<p>P37 図1</p>	 <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第3版. メディカルレビュー社; 2009. p5<sup>1)</sup>)</p> <p><b>図1 COPDの亜型</b></p>	 <p><b>COPD の気流閉塞は肺気腫病変と末梢気道病変がさまざまな割合で複合的に作用して起こるため, その病型として肺気腫病変が優位である気腫型 COPD と末梢気道病変が優位である非気腫型 COPD がある. この両者の分布は二峰性の分布を示すものではなく, その関与の割合は個体間で連続性に分布している<sup>2)</sup>. COPD の病型は, このほかにも慢性気管支炎症状, 増悪の頻度, 気流閉塞の可逆性, 息切れ, 体重減少, 呼吸不全, 肺高血圧などの有無や重症度によってさまざまに分けられる.</b></p> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社; 2013. p4<sup>1)</sup>)</p> <p><b>図1 COPDの病型</b></p>
<p>P37 6行目 文献番号</p>	<p><u>2)</u></p>	<p>3)</p>
<p>P37 サイドノート MEMO</p>	<p><b>COPDの全身性の影響 (systemic effect)</b> 全身性炎症, 栄養障害, 骨格筋機能障害, 心・血管疾患 (心筋梗塞, 狭心症, 脳血管障害), <u>骨粗鬆症, 消化器疾患, 抑うつ, 糖尿病, 睡</u></p>	<p><b>COPDの全身性の影響 (systemic effect)</b> 全身性炎症, 栄養障害, 骨格筋機能障害, 心・血管疾患 (心筋梗塞, 狭心症, 脳血管障害), <u>骨粗鬆症 (脊椎圧迫骨折), 抑うつ, 糖尿病,</u></p>

	眠障害, <u>緑内障</u> , 貧血などがある.	睡眠障害, 貧血などがある.																										
図 38 表 1	<p><b>表 1 COPD の病期分類</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病期</th> <th>病気</th> <th>特徴</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">I 期</td> <td>軽度の気流閉塞</td> <td><math>FEV_1 / FVC &lt; 70\%</math> <math>\%FEV_1 \geq 80\%</math></td> </tr> <tr> <td>中等度の気流閉塞</td> <td><math>FEV_1 / FVC &lt; 70\%</math> <math>50\% \leq \%FEV_1 &lt; 80\%</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II 期</td> <td>高度の気流閉塞</td> <td><math>FEV_1 / FVC &lt; 70\%</math> <math>30\% \leq \%FEV_1 &lt; 50\%</math></td> </tr> <tr> <td>きわめて高度の気流閉塞</td> <td><math>FEV_1 / FVC &lt; 70\%</math> <math>\%FEV_1 &lt; 30\%</math> <u>あるいは</u> <math>\%FEV_1 &lt; 50\%</math> <u>かつ慢性呼吸不全合併</u></td> </tr> </tbody> </table> <p><u>この分類は気管支拡張薬吸入後の <math>FEV_1</math> に基づく.</u></p> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 3 版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第 3 版. メディカルレビュー社. 2009. p33<sup>1)</sup>)  <math>FEV_1</math>: 1 秒量, FVC: 努力性肺活量</p>	病期	病気	特徴	I 期	軽度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $\%FEV_1 \geq 80\%$	中等度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $50\% \leq \%FEV_1 < 80\%$	II 期	高度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $30\% \leq \%FEV_1 < 50\%$	きわめて高度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $\%FEV_1 < 30\%$ <u>あるいは</u> $\%FEV_1 < 50\%$ <u>かつ慢性呼吸不全合併</u>	<p><b>表 1 COPD の病期分類</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>病期</th> <th>病気</th> <th>特徴</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">I 期</td> <td>軽度の気流閉塞</td> <td><math>\%FEV_1 \geq 80\%</math></td> </tr> <tr> <td>中等度の気流閉塞</td> <td><math>50\% \leq \%FEV_1 &lt; 80\%</math></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">II 期</td> <td>高度の気流閉塞</td> <td><math>30\% \leq \%FEV_1 &lt; 50\%</math></td> </tr> <tr> <td>きわめて高度の気流閉塞</td> <td><math>\%FEV_1 &lt; 30\%</math></td> </tr> </tbody> </table> <p><b>気管支拡張薬投与後の 1 秒率 (<math>FEV_1/FVC</math>) 70%未満が必須条件.</b></p> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 4 版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第 4 版. メディカルレビュー社. 2013. p30<sup>1)</sup>)  <math>FEV_1</math>: 1 秒量, FVC: 努力性肺活量</p>	病期	病気	特徴	I 期	軽度の気流閉塞	$\%FEV_1 \geq 80\%$	中等度の気流閉塞	$50\% \leq \%FEV_1 < 80\%$	II 期	高度の気流閉塞	$30\% \leq \%FEV_1 < 50\%$	きわめて高度の気流閉塞	$\%FEV_1 < 30\%$
病期	病気	特徴																										
I 期	軽度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $\%FEV_1 \geq 80\%$																										
	中等度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $50\% \leq \%FEV_1 < 80\%$																										
II 期	高度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $30\% \leq \%FEV_1 < 50\%$																										
	きわめて高度の気流閉塞	$FEV_1 / FVC < 70\%$ $\%FEV_1 < 30\%$ <u>あるいは</u> $\%FEV_1 < 50\%$ <u>かつ慢性呼吸不全合併</u>																										
病期	病気	特徴																										
I 期	軽度の気流閉塞	$\%FEV_1 \geq 80\%$																										
	中等度の気流閉塞	$50\% \leq \%FEV_1 < 80\%$																										
II 期	高度の気流閉塞	$30\% \leq \%FEV_1 < 50\%$																										
	きわめて高度の気流閉塞	$\%FEV_1 < 30\%$																										
P38 図 4	<p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 3 版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第 3 版. メディカルレビュー社. 2009. p27<sup>1)</sup>)</p> <p><b>図 4 COPD の全身性の影響</b>                  CRP: C 反応性蛋白</p>	<p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第 3 版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第 3 版. メディカルレビュー社. 2013. p21<sup>1)</sup>)</p> <p><b>図 4 COPD の全身性炎症と全身性の影響</b>                  CRP: C 反応性蛋白</p>																										
P39 下から 10 行目, 図 5 文献番号	3)	4)																										
P41 17 行目 文献番号	4)	5)																										
p41 23 行目, 図 6 文献番号	5)	6)																										

P43 7行目, 図7 文献番号	<u>6)</u>	7)														
P45 引用文献	1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン <u>第3版</u> 作成委員会 (編). COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン, <u>第3版</u> . 東京: メディカルレビュー社; 2009. p5, p27, p33 (挿入)  以下, <u>2) ~6)</u>	1) 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン <u>第4版</u> 作成委員会 (編). COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン, <u>第4版</u> . 東京: メディカルレビュー社; 2013. pp4-5, p21, p30. 2) Nakano Y, et al . Computed tomographic measurements of airway dimensions and emphysema in smokers. Correlation with lung function. <i>Am J Respir Crit Care Med</i> 2000 ; 162 : 1102-1108.  以下 3), ~7)														
P64 27 行目以降 挿入		<b>(3) CAT</b> CAT は, COPD の健康関連 QOL を簡便に評価するために開発された疾患特異的健康関連 QOL の評価尺度である. 8 項目からなり, 0 が最も良好で 40 が最も悪い QOL を示す. COPD の疾患特異的 QOL の評価に広く用いられている SGRQ と比較し, きわめて高い相関性があることが示され, また呼吸リハビリテーション前後の反応性にも優れている <sup>1)</sup> . そしてこの評価表は他の評価表と異なり, 許可なく誰でも使用可能である.														
P64 27 行目サイド ノート		<b>CAT (COPD assessment test)</b>														
P67 引用文献 1)	日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会/日本呼吸器学会ガイドライン施行管理委員会/日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会 (編). 呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法, 第 2 版. 照林社; 2012. p31, p134.	日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会/日本呼吸器学会ガイドライン施行管理委員会/日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会 (編). 呼吸リハビリテーションマニュアル—運動療法, 第 2 版. 東京: 照林社; 2012. p31, <b>p127</b> , p134.														
P94 6 行目	③ <u>呼気に合わせて</u> , 膝関節と肘関節を屈曲させながら患者の身体に <u>近づき</u> , 胸郭に腹側下方へ圧を加える.	③ <u>患者の呼気に合わせて</u> , 膝関節と肘関節を屈曲させながら患者の身体に <u>近づき</u> 胸郭に腹側下方へ圧を加える.														
P95 下から 10 行 目	<u>下部胸郭に腋を開いて</u> 両手掌を当てる.	<u>腋を開いて下部胸郭に</u> 両手掌を当てる.														
P118 表 1	<b>表 1 呼吸機能障害等級の目安</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">級</td> <td style="width: 30%;">活動能力の程度</td> <td style="width: 10%;">予 測</td> <td style="width: 10%;">PaO<sub>2</sub></td> </tr> <tr> <td>数</td> <td></td> <td>肺 活</td> <td></td> </tr> </table>	級	活動能力の程度	予 測	PaO <sub>2</sub>	数		肺 活		<b>表 1 呼吸機能障害等級</b> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">級</td> <td style="width: 30%;">区分</td> <td style="width: 60%;">解説</td> </tr> <tr> <td>数</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	級	区分	解説	数		
級	活動能力の程度	予 測	PaO <sub>2</sub>													
数		肺 活														
級	区分	解説														
数																

	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>量 1 秒率</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 級</td> <td>自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの 呼吸困難が強く歩行がほとんどできないもの</td> <td>測定 不能 /20 以下</td> <td>50Torr 以下</td> </tr> <tr> <td>3 級</td> <td>家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの</td> <td>20 ~ 30</td> <td>50 ~ 60Torr</td> </tr> <tr> <td>4 級</td> <td>社会での日常生活活動が著しく制限されるもの</td> <td>30 ~ 40</td> <td>60 ~ 70Torr</td> </tr> </tbody> </table> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第3版. メディカルレビュー社. 2009. p165<sup>2)</sup>)</p>			量 1 秒率		1 級	自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの 呼吸困難が強く歩行がほとんどできないもの	測定 不能 /20 以下	50Torr 以下	3 級	家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	20 ~ 30	50 ~ 60Torr	4 級	社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	30 ~ 40	60 ~ 70Torr	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>1 級</td> <td>自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの</td> <td>呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの. 呼吸障害のため指数の測定ができないもの. 指数が20以下のもの, または動脈血酸素分圧が50Torr以下のもの.</td> </tr> <tr> <td>3 級</td> <td>家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの</td> <td>指数が20を超え30以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.</td> </tr> <tr> <td>4 級</td> <td>社会での日常生活活動が著しく制限されるもの</td> <td>指数が30を超え40以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.</td> </tr> </tbody> </table> <p>(2013年3月現在) (日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. 2013. p124<sup>2)</sup>)</p>	1 級	自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの. 呼吸障害のため指数の測定ができないもの. 指数が20以下のもの, または動脈血酸素分圧が50Torr以下のもの.	3 級	家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が20を超え30以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.	4 級	社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が30を超え40以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.
		量 1 秒率																									
1 級	自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの 呼吸困難が強く歩行がほとんどできないもの	測定 不能 /20 以下	50Torr 以下																								
3 級	家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	20 ~ 30	50 ~ 60Torr																								
4 級	社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	30 ~ 40	60 ~ 70Torr																								
1 級	自己の身边に日常生活活動が極度に制限されるもの	呼吸困難が強いため歩行がほとんどできないもの. 呼吸障害のため指数の測定ができないもの. 指数が20以下のもの, または動脈血酸素分圧が50Torr以下のもの.																									
3 級	家庭内での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が20を超え30以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が50Torrを超え60Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.																									
4 級	社会での日常生活活動が著しく制限されるもの	指数が30を超え40以下のもの, もしくは動脈血酸素分圧が60Torrを超え70Torr以下のもの. またはこれに準ずるもの.																									
<p>P118 引用文献 2)</p>	<p>日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第3版. メディカルレビュー社. 2009. pp165-167.</p>	<p>日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. 2013. p124.</p>																									
<p>P121 サイドノート「MEMO」</p>	<p>28度</p>	<p>28℃</p>																									
<p>P132 下から6行 目, 最終行 文献 番号</p>	<p>2) 3)</p>	<p>2, 3) 4)</p>																									

<p>P133 図2</p>	 <p>(Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 〈GOLD, Date updated : 2009〉<sup>2)</sup>)</p>	 <p>(日本呼吸器学会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. 2013. p72<sup>2)</sup>, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. 〈GOLD, Date updated : 2011〉<sup>3)</sup>)</p>
<p>P133 図3 文献番号</p>	<p>3)</p>	<p>4)</p>
<p>P133 下から4行目, P134 図4 文献番号</p>	<p>4)</p>	<p>5)</p>
<p>P134 図5</p>	 <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第3版. メディカルレビュー社. 2009. p76<sup>5)</sup>)</p> <p><b>図5 COPD に対する安定期の管理</b></p>	

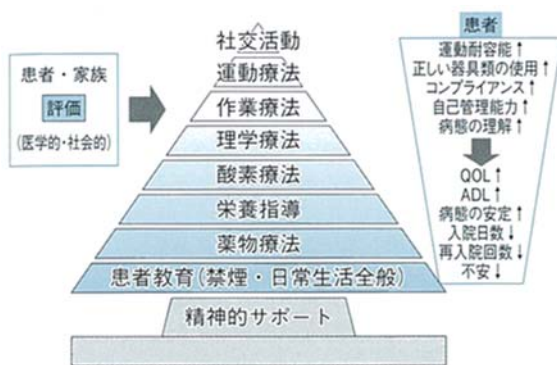


重症度は FEV1 の低下だけではなく、症状の程度や増悪の頻度を加味し、重症度を総合的に判断したうえで治療法を選択する。

\*：増悪を繰り返す症例には、長時間作用性気管支拡張薬に加えて吸入ステロイド薬や喀痰調整薬の追加を考慮する

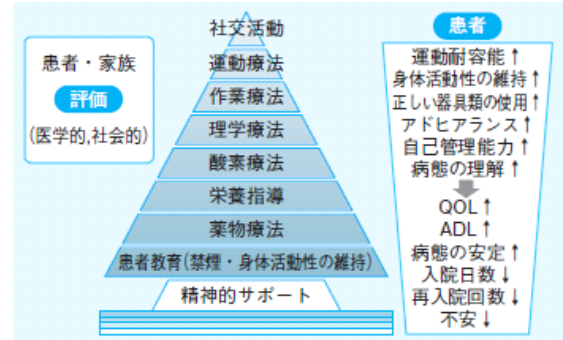
(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. 2013. p64<sup>2)</sup>)

P135 図6



(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第3版. メディカルレビュー社. 2009. p88<sup>5)</sup>)

図6 呼吸リハビリテーションの基本的構築と3つの大きな流れ



(日本呼吸器学会〈編〉. COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. 2013. p72<sup>2)</sup>, 木田厚端. 包括的呼吸リハビリテーション. メディカルレビュー社. 1998<sup>6)</sup>)

図6 呼吸リハビリテーションの基本的構築と3つの大きな流れ

P135 8行目, 12行目 文献番号

5)

2, 6)

P135 図7 文献番号

6)

7)

P135 下から5行

第3版

第4版

目		
P135 下から4行 目 文献番号	<u>5)</u>	2)
P135 下から3行 目 文献番号	<u>5, 7)</u>	2, 8)
P136	<p><b>表1 呼吸リハビリテーションのポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸リハビリテーションは、COPD 患者の日常生活を心身にわたり良好な状態に保つように改善する医療である</li> <li>呼吸リハビリテーションの効果は、薬物治療に上乗せすることができる</li> <li>多職種が参加したチーム医療で包括的なリハビリテーションプログラムを実施することで、より大きな効果が期待できる</li> <li>運動療法は呼吸リハビリテーションの中核である。運動療法の開始時には、呼吸パターンの修正や柔軟性のトレーニングを行うことが望ましい</li> <li>運動療法による体重減少を抑制し、効果を高めるためにも、栄養療法の併用が望ましい</li> <li>運動療法は継続して定期的に行う。維持プログラムとしては、全身持久力トレーニングや筋力トレーニングが主体で、運動習慣がライフスタイルに組み込まれることが望ましい</li> </ul> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉。COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン、第3版。メディカルレビュー社。2009. p86<sup>5)</sup>)</p>	<p><b>表1 呼吸リハビリテーションのポイント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>呼吸リハビリテーションは、COPD 患者の日常の症状を緩和する</li> <li>呼吸リハビリテーションの効果は薬物治療に上乗せすることができる</li> <li>運動療法は呼吸リハビリテーションの中核である。</li> <li>筋肉量は予後と関連しており、運動療法に加えて栄養療法の併用が望ましい</li> <li>身体活動レベルを毎日維持させることが重要である</li> </ul> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉。COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン、第4版。メディカルレビュー社。2013. p71<sup>2)</sup>)</p>
P136 表2 上部 文献番号	<u>7)</u>	8)
P136 表2 下部	<p>中等症以上の COPD 患者が呼吸リハビリテーションの一般的適応であるが、呼吸器症状や機能制限が軽度の症例については、別に適応を検討する</p> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会〈編〉。COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン、第3版。メディカルレビュー社。2009. p87<sup>5)</sup>)</p>	<p>COPD 患者の呼吸リハビリテーションは、病気にかかわらず適応となる。ただし、現行の保険制度を厳密に解釈すれば、I期のCOPD 患者では呼吸リハビリテーションは保険適応されない</p> <p>(日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会〈編〉。COPD〈慢性閉塞性肺疾患〉診断と治療のためのガイドライン、第4版。メディカルレビュー社。2013. p73<sup>2)</sup>)</p>
P136 表3, 下から9行目, 下から	<u>6)</u>	7)



2行目 文献番号		
P137 下から9行目, 図8 文献番号	<u>8)</u>	9)
P138 8行目	<u>表3<sup>6)</sup>のガイドライン</u> では、背結核後遺症患者に対する呼吸理学療法の適応として、コンディショニング、全身持久力トレーニング、ADL トレーニング、 <u>さらに筋力トレーニング</u> となっている。	肺結核後遺症患者に対する呼吸理学療法の適応として、コンディショニング、全身持久力トレーニング、ADL トレーニング、筋力トレーニングが推奨されている (表3) <sup>7)</sup> .
P138 最終行, P139 図9 文献番号	<u>9)</u>	10)
P139 13行目	<u>表3<sup>6)</sup>のガイドライン</u> では、間質性肺炎に対する呼吸理学療法で推奨されるのは、ADL トレーニング (適応が考慮される) のみとなっており、それ以外は適応とされていない。	間質性肺炎に対する呼吸理学療法で推奨されるのは、ADL トレーニング (適応が考慮される) のみとなっており、それ以外は適応とされていない (表3) <sup>7)</sup> .
P140 16行目	前述したように、 <u>ガイドライン</u> では、間質性肺炎患者に対しては ADL トレーニングが推奨されている (表3) <sup>6)</sup> .	前述したように、間質性肺炎患者に対しては ADL トレーニングが推奨されている (表3) <sup>7)</sup> .
P140 引用文献	<p><u>2)</u> Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease . Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report. Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, 2001 ; NIH publication no.2701 . Update of Management Sections, GOLD website ( <a href="http://www.goldcopd.com">http://www.goldcopd.com</a> ) . Date updated : <u>2009</u>.</p> <p><u>3)</u> 巽 浩一郎. プライマリー・ケアのための COPD 診療の基本講座 . COPD frontier 2006 ; 5 : 15.</p> <p><u>4)</u> O'Donnell DE, <u>Revill SM</u>, et al . Dynamic hyperinflation and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. <i>Am J Respir Crit Care Med</i> 2001 ; 164 : 770-777.</p> <p><u>5)</u> 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第3版作成委員会 (編). COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン, <u>第3版</u>. メディカルレビュー社. <u>2009</u>.</p>	<p><u>2)</u> 日本呼吸器学会 COPD ガイドライン第4版作成委員会 (編). COPD (慢性閉塞性肺疾患) 診断と治療のためのガイドライン, 第4版. メディカルレビュー社. <u>2013. p64, pp71-73.</u></p> <p><u>3)</u> Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease . Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO workshop report . Bethesda, National Heart, Lung and Blood Institute, 2001 ; NIH publication no.2701 . Update of Management Sections, GOLD website ( <a href="http://www.goldcopd.com">http://www.goldcopd.com</a> ) . Date updated : <u>2011</u>.</p> <p><u>4)</u> 巽 浩一郎. プライマリー・ケアのための COPD 診療の基本講座 . COPD frontier 2006 ; 5 : 15.</p> <p><u>5)</u> O ' Donnell DE, et al . Dynamic hyperinflation and exercise intolerance in chronic obstructive pulmonary disease. <i>Am J Respir Crit</i></p>

	<p>p76, pp86-88.</p> <p>6) 日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会/日本呼吸器学会ガイドライン施行委員会/日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会(編). 呼吸リハビリテーションマニュアルー運動療法, 第2版. 東京: 照林社; 2012. p4, p7, pp130-134.</p> <p>7) 日本呼吸管理学会/日本呼吸器学会: 呼吸リハビリテーションに関するステートメント. 日呼会誌, 2002; 40: 537-544.</p> <p>8) 塩谷隆信(編著). 包括的呼吸リハビリテーション. 東京: 新興医学出版社; 2007. pp10-14.</p> <p>9) Hansen JE, et l. Pathophysiology of activity limitation in patients with interstitial lung disease. Chest 1996; 154: 994-1001.</p>	<p>Care Med 2001; 164: 770-777.</p> <p>6) 木田厚端. 包括的呼吸リハビリテーションーチーム医療のためのマニュアル. 東京: メディカルレビュー社; 1998.</p> <p>7) 日本呼吸管理学会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会/日本呼吸器学会ガイドライン施行委員会/日本理学療法士協会呼吸リハビリテーションガイドライン作成委員会(編). 呼吸リハビリテーションマニュアルー運動療法, 第2版. 東京: 照林社; 2012. p4, p7, pp130-134.</p> <p>8) 日本呼吸管理学会/日本呼吸器学会. 呼吸リハビリテーションに関するステートメント. 日呼会誌, 2002; 40: 537-544.</p> <p>9) 塩谷隆信(編著). 包括的呼吸リハビリテーション. 東京: 新興医学出版社; 2007. pp10-14.</p> <p>10) Hansen JE, et l. Pathophysiology of activity limitation in patients with interstitial lung disease. Chest 1996; 154: 994-1001.</p>
--	--	---